

我国医疗费用总体构成情况及医改建议

王建平*, 刘茵, 杨云, 苗春平(空军航空医学研究所附属医院, 北京 100089)

中图分类号 R95 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2014)17-1554-04

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2014.17.06

摘要 目的:解读当前我国医疗卫生体系中的“以药养医”问题,为我国医疗卫生体制改革提供参考。方法:依据我国卫生事业发展统计公报等文件数据,分析我国医疗费用构成、医保费用构成、药品价格构成情况及医保基金的使用现状;同时对我国的医疗卫生体制改革提出建议。结果:2012年全国卫生总费用达24345.9亿元,其中药费占45.9%,检查费用占32.8%;医保费用中自费部分占个人卫生支出的比例,城镇人口为31.0%,农村人口为68.3%,呈现医疗待遇不公平现象;个人卫生支出占医疗总费用的34.8%,药品价格中约59.6%的费用耗费在物流、公关层面;目前医保基金浪费和流失的比例不低于50%;“看病难、看病贵”依旧是民生痼疾,我国医疗卫生体制改革的核心应在于着力加强公立医院的公益性。结论:需要重新全面审视当前的医疗卫生体制,适时调整医疗政策,如建立免费的基本药物生产、供应制度,细化医保项目的免费、自费报销比例和品种等;公民免费基本医疗保障和医疗保障阶梯化应适时得到关注。

关键词 医疗卫生体制改革;以药养医;医保;基本药物;医疗费用;医保费用;免费医疗

Analysis of Medical Expenditure Structure in China and Recommendations on Medical Reform

WANG Jian-ping, LIU Yin, YANG Yun, MIAO Chun-ping (The Affiliated Hospital of Air Force Institute of Aviation Medicine, Beijing 100089, China)

ABSTRACT OBJECTIVE: To explain the real problems of “drug-maintaining-medicine” in the current medical system and put forward several suggestions on the medical system reform. METHODS: The medical cost structure, the structure of health care cost, the structure of drug prices and the situation of health care funds were analyzed according to statistical bulletin of health care development in China and other documents. RESULTS: The total health expenditure was 24345.9 billion yuan in 2012, and drug cost accounted for 45.9% and inspection fee was 32.8% of them; the ratio of self-supporting expense from health care costs in personal health expense was 31.0% for urban population and 68.3% for the rural population, showing the unfair medical treatment. Personal health expense accounted for 34.8% of the total medical cost; logistics and public relations expense accounted for 59.6% of drug prices. The health insurance fund waste and loss occupied no less than 50%; “difficulty and high cost of medical care” was still livelihood problem, and the core of medical system reform should focus on public welfare of public hospitals. CONCLUSIONS: We need to readjust the medical policy through a comprehensive look on medical system in the appropriated time, such as establishing free production and supply system of essential medicine, refining the proportion and types of reimbursement for free and self-supporting treatment in medical insurance. Great importance should be attached to free basic medical insurance and step-wise medical insurance.

KEYWORDS Medical system reform; Drug-maintaining-medicine; Medical insurance; Essential medicine; Medical expenses; Medical insurance expenses; Free medical service

我国医疗卫生体制历经30余年改革,至2011年底,参加基本医保的人数已超过13亿^[1],基本实现了“全民医保”。但是,全民医保并不等于全面医保,“看病难、看病贵”问题依然存在,“因病返贫”、无钱治病等现象仍屡屡发生。因此,如何通过推进医疗卫生体制改革,彻底破除“以药养医”机制;让基层医疗卫生机构回归公益性质,让医师回归到防病治病角色,使药品回归到治病的功能;以及如何完善目前的医疗卫生体制,建立起一套真正能够全面体现社会主义制度优越性的医保政策,值得思考。本文拟通过分析近年我国的医疗卫生总费用、基本医保总费用构成,解读“以药养医”的现实问题,

同时对当前的医疗卫生体制改革提出几点建议。

1 我国医疗费用总体构成及医保费用分析

1.1 我国医疗费用构成情况

据原卫生部发布的《2012年我国卫生和计划生育事业发展统计公报》^[2]数据显示,2012年全国卫生总费用达24345.9亿元,其中政府卫生支出7464.2亿元(约占30.7%),社会卫生支出8416.5亿元(约占34.6%),个人卫生支出8465.3亿元(约占34.8%);卫生总费用城乡构成为:城市18571.9亿元(占76.3%),农村5774.0亿元(占23.7%);人均医疗费用1807.0元(政府支出553.0元,社会支出625.2元,个人支出628.8元);卫生总费用占国内生产总值(GDP)的比例为5.15%。2012年,全国医疗卫生机构总诊疗人次达68.9亿,其中入院人次为

*副主任药师,硕士。研究方向:药事管理。电话:010-88422297。
E-mail: wang-jianping@163.com

17 812 万,医院次均门诊费用为 192.5 元,医院门诊药费占 50.3%,人均住院费用 6 980.4 元,医院住院药费占 41.1%^[2]。关于 2012 年检查费用占医疗费用的比例,原卫生部自 2006 年起不再公布检查费用占门诊和住院患者医疗费用的比例。基于我国药费比例逐年下降、检查费用逐年升高^[3]的情况,笔者参考《2005 年我国卫生和计划生育事业发展统计公报》中的数据^[4](见表 1),将门诊和住院患者检查费占比分别确定为 29.8% 和 36.0%(总药费和其他费用所占比例也按此标准计,三者之和为 100%)。据此计算医疗服务过程中药品费用、检查费用、其他费用分别占总医疗费用的比例,具体见表 2。

表 1 门诊和住院患者人均医疗费用及涨幅情况

Tab 1 The situation of medical expense per capita and its growth in inpatients and outpatients

| 项目 | 2001 年 | 2002 年 | 2003 年 | 2004 年 | 2005 年 |
|----------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 门诊患者人均医疗费用,元 | 93.6 | 99.6 | 108.2 | 118.0 | 126.9 |
| 药费占比,% | 57.7 | 55.4 | 54.7 | 52.5 | 52.0 |
| 检查费用占比,% | 20.1 | 28.0 | 28.4 | 29.8 | 29.8 |
| 住院患者人均医疗费用,元 | 3 245.5 | 3 597.7 | 3 910.7 | 4 284.8 | 4 661.5 |
| 药费占比,% | 45.5 | 44.4 | 44.7 | 43.7 | 43.9 |
| 检查费占比,% | 31.2 | 36.7 | 36.1 | 36.6 | 36.0 |
| 医疗费用上涨比例,% | | | | | |
| 门诊患者医疗费用上涨比例,% | 9.1 | 6.4 | 8.6 | 9.1 | 7.5 |
| 住院患者医疗费用上涨比例,% | 5.2 | 10.9 | 8.7 | 9.6 | 8.8 |

表 2 2012 年全国卫生总费用分析

Tab 2 Analysis of national health expenditure in 2012

| 项目 | 次均费用,元 | 门诊人数,亿 | 总费用,亿元 | 总药费,亿元(门诊按 50.3% 计,住院按 41.1% 计) | 总检查费用,亿元(门诊按 29.8% 计,住院按 36.0% 计) | 其他总费用,亿元(门诊按 19.9% 计,住院按 22.9% 计) |
|-----------------|---------|--------|----------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 门诊费用 | 192.5 | 67.1 | 12 916.8 | 6 497.1 | 3 849.2 | 2 570.4 |
| 住院费用 | 6 980.4 | 1.7 | 11 866.7 | 4 877.2 | 4 272.0 | 2 717.5 |
| 总医疗费用 | | | 24 783.4 | 11 374.3 | 8 121.2 | 5 287.9 |
| 各项费用占总医疗费用的比例,% | | | | 45.9 | 32.8 | 21.3 |

1.2 医保费用构成情况

通过解读中华人民共和国审计署发布的 2011 年《全国社会保障资金审计结果》可发现,至 2011 年底,我国城镇职工基本医保、城镇居民基本医保和新型农村合作医疗(简称“新农合”)覆盖全国所有县,参保人数合计超过 13 亿。其中,全国参加城镇职工基本医保人数 24 357.7 万,有 115 138.9 万人次享受医保待遇,医保基金收入 4 821.1 亿元,支出 3 892.9 亿元。2011 年,全国新农合、城镇居民医保和城乡居民医保(简称“三项居民医保”)基金收入合计 2 676.2 亿元,其中支出 2 110.2 亿元,参保人数合计超过 10 亿,当年享受待遇合计 12.7 亿人次。由此,可计算出全国人均使用医保费用约为 457 元。目前,我国医保支出大部分用于城镇职工人口(占全国参保人口的 18.7%),城镇职工参保人数 24 357.6 万,人均医保支出 1 598 元,年人均享受医保待遇 4.7 次;而占全国参保人口 77% 的三项居民人口人均医保支出仅 211 元,年人均享受医保待遇 1.3 次。对比城镇职工人均医保支出与三项居民人均医保支出,前者为后者的 7.6 倍,享受医保待遇前者为后者的 3.7 倍;自费金额占年均可支配收入的比例分别为:城镇人口 3.3%,农村人口 6.5%;自费部分占各自卫生支出的比例分别为:城镇人口 31.0%,农村人口 68.3%,呈现严重的医疗待遇不公平现象。

由此可见,我国目前的“全民医保”并不等于“全面医保”,在当前的医疗市场体制下,医保支出费用的分配方法可通过表 3 得到体现。

表 3 2012 年医保支出费用分析

Tab 3 Analysis of health care cost in 2012

| 项目 | 总费用,亿元 | 药品费用,亿元(按 45.9% 计) | 检查费用,亿元(按 32.8% 计) | 其他费用,亿元(按 21.3% 计) |
|--------|---------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 全国医保总额 | 5 940.1 | 2 726.6 | 1 948.4 | 1 265.3 |

1.3 药品价格构成情况

目前,国内药品价格依照国家发展与改革委员会的《药品价格管理办法》,主要由制造成本、期间费用(管理费用+销售费用+财务费用)、销售利润、税率四大部分构成。但因物价审核部门无法核对每盒药所耗用的燃料动力费、水电费、药物检验费及其他费用,使得价格的报批监管形同虚设,从而为企业合法获得高药价提供了法律支持。因此,市场上出现了“合法”定价的利润率达 2 000% 的恩丹西酮^[5]、利润率达 1 300% 的芦笋片^[6]。结合媒体报道^[7-8]简要说明药品利润的分配过程,具体见表 4。

表 4 药品的利润分配过程

Tab 4 Drug-profit-sharing process

| 项目 | 真实成本,元 | 纯利润,元 | 获利占成本的比例,% | 获利占零售价的比例,% |
|--------|--------|-------|------------|-------------|
| 生产厂家 | 6.8 | 8.7 | 127.0 | 4.0 |
| 医院 | 185.2 | 27.8 | 15.0 | 15.0 |
| 医药物流公司 | | 36.5 | | 17.1 |
| 医药代表 | | 10.6 | | 5.0 |
| 医师 | | 80.0 | | 37.5 |
| 其他未知成本 | | 42.6 | | 21.4 |

由表 4 可见,生产厂家和医院的利润只占药价的 19.0%,59.6% 的费用耗费在医药物流公司、公关(医药代表、医师)方面,大致反映了当前我国医药市场的利润分配格局。通过笔者对近期国内的“葛兰素事件”及对业内医药业的了解,当前这种促销模式广泛存在于我国医药市场。据《2012 年我国卫生和计划生育事业发展统计公报》数据显示,我国有执业(助理)医师 246.6 万,假如 30% 的药品份额存在这种不正当的购销行为,套用表 2、表 3 的分析结果,可对全国及医保药品费用的利润分配作如下分析,具体见表 5。

表 5 2012 年全国医疗药品费用利润分配表

Tab 5 National medical and pharmaceutical costs profit distribution deduction table in 2012

| 项目 | 医保费用 | 全国卫生总费用 |
|-----------------------|---------|----------|
| 药品总费用,亿元 | 2 726.6 | 11 374.3 |
| 虚高药品总费用,亿元(按 21.4% 计) | 818.0 | 3 412.3 |
| 生产厂家获利,亿元(按 4.0% 计) | 32.7 | 136.5 |
| 物流公司获利,亿元(按 17.1% 计) | 139.1 | 580.1 |
| 医药代表获利,亿元(按 5.0% 计) | 40.9 | 170.6 |
| 医师回扣获利,亿元(按 37.5% 计) | 245.4 | 1 023.7 |
| 医院加价获利,亿元(按 15.0% 计) | 122.7 | 511.8 |
| 医师人均获利,元(按 246.6 万人计) | 9 951.1 | 41 512.0 |

同理,手术费、材料费、检查费无不存在类似情况,只是比例大小不同而已。

1.4 医保基金的使用情况

由“1.1”项中数据可知,我国个人卫生支出占卫生总费用

的34.8%,相当于个人承担了药价的合理部分,而其他流通环节的费用则相当于由国家支付。医保到底在为谁买单?目前的医疗卫生体制到底保障了谁?值得深思。依据《中华人民共和国2012年国民经济和社会发展统计公报》^[8]数据显示,2012年全国农村居民人均纯收入7 917元,城镇居民人均可支配收入24 565元,而表5中显示医师自医保和全国卫生总费用中仅药品人均获得利益就分别高达9 951.1元和41 512.0元,在不计其正当工资收入的情况下,就远高于全国居民的平均年收入。因此可以说,是医师群体的隐性收入激化了医患矛盾。在某种程度上讲,医师、医疗部门既是医患矛盾的始作俑者,也是医患矛盾的受害者。

我国医保中的“六非”行为(非合理用药、非合理检查、非合理收费、非合理医药定价、非参保对象享受医保待遇、非离退休人员享受离退休待遇)^[9]一直较严重。据估算,医疗机构滥开药、滥检查等现象导致浪费的医疗资源在20%~30%,如再加上药品“回扣”、虚高定价、乱收费等现象,医保基金浪费和流失的比例不低于50%;同样,全国卫生总费用中浪费比例也不会低于50%。以上数据可与《第一财经日报》曾报道的2010年全国医院药品销售隐性交易约1 800亿元^[10]相佐证。

2 我国医改历程回顾

新中国成立后,我国医疗卫生工作在确保基本卫生保健服务的广泛可及和公平方面取得了突出成绩,人们的健康状况得到了显著改善。进入20世纪80年代,随着经济体制改革的推进,我国的传统医疗保障制度已无法适应市场经济的新形势,于是开始了医疗卫生体制改革进程。有学者将我国医疗卫生体制改革自1978年至2008年划分为五个阶段,并逐一分析每一阶段的社会经济背景、改革进程及阶段特点^[11]。总结指出1985年我国正式启动医改,核心思想是放权让利,扩大医院自主权;1989年国务院提出卫生事业单位实行“以副补主”“以工助医”,从而开始了“以药养医”的医药市场格局;1992年国务院下发《关于深化卫生改革的几点意见》,要求医院要在“以工助医”“以副补主”等方面取得新成绩,从而酿成“看病难、看病贵”的后患;2005年国务院发展研究中心课题组作出了“我国医疗改革不成功”^[12-13]的结论;2009年新医改方案出台,确立了基本医疗卫生制度回归公益性,然而,“看病难、看病贵”依旧是民生痼疾。

回顾近几年的新医改,最值得称道的是社会医保范围的扩大。2012年,搜狐健康“新医改三年回顾调查”显示,68.8%的患者2011年的医药费还是完全自费。其中,因“起付线”问题未能报销医药费的占41.83%,因异地就医未能报销医药费的占16.21%。按照原卫生部的统计,我国卫生总费用2005—2010年年均增长13.6%,远超GDP的增速。早在1992年我国就成立了国家基本药物领导小组,但近20余年历经20余次的强制药品降价,参与决策的部门从3个增加到社会保障、财政等16个,2005—2010年个人负担医疗费用比例下降了14.8%,但个人负担的绝对数从4 000多亿元增加到了6 000多亿元。“看病难、看病贵”问题依然悬而未决。

目前正在深化的医疗卫生体制改革,如废除“以药养医”“药品零加价”“医药分开”等政策,均将矛头指向了药品,但并未从根本上触动自1989年开始的“以副补主”“以工助医”方

案。解除了“以药养医院”的现状,但不会改变“以药养医师”“以检查等辅助诊疗手段养医”的现状。改革成果还有待时间证实。

据世界卫生组织(WHO)统计的资料显示,2008年我国人均卫生总费用为265美元,在WHO的193个成员国中排名第115位;卫生总费用占GDP的比例位居WHO成员国的第150位^[2]。如何让公共医疗事业真正回归公益性,值得思考。

3 关于医改的几点建议

当前的医疗卫生体制依托的是“市场化”这只无形的手,医疗行为成了一种“交易”,药厂、药商、医药代表、医师共同构成了卖方,老百姓花钱看病,部分由医保来支付,因此国家的医保基金、老百姓共同构成了买方。由于医疗事业的特殊性,医疗市场成了卖方市场,由此造成了医改越改药价越高,国家支付成本越大,进而发生了某些便宜药品逐渐被市场淘汰的现象。笔者认为,当前不断增加的医患暴力冲突的根源在于不断飙升的医疗服务费用的价格与其价值的失衡,人们认为高昂的医疗服务价格水平远高于对其实际价值的预期,由此产生对医师诊疗行为的不信任,从而激化了医患矛盾。因此,解决当前问题的核心应在于在我国医疗卫生体制改革中着力加强公立医院的公益性。结合当前的市场经济体制及居民的可接受程度,笔者提出以下建议。

3.1 建立免费的基本药物生产、供应制度

如,参考政协委员郑继伟在2012年“两会”期间谈到的方案,建立约500种免费基本药物,全民免费领用,保障全民的基本医疗保障。在2008年以前,很多部队医院对于“军免”患者药品保障采用限定品种的办法,使人均300~500元的药品费用很好地保障了体系内人员的医疗问题。这种办法对于全民保障有一定的借鉴意义。

3.2 设定免费额度,全民免费基本医疗保障,医疗保障阶梯化

全民依靠医保系统,设定每年2 000元的免费额度(含药品、检查等费用),总费用与目前全民卫生支出相近。超支部分,医疗保障阶梯化,参考“太仓模式”,按医疗费用等级逐步加大报销比例,如从2 000元至50万元,报销比例从30%升至100%。兼顾国民的可接受能力,加大对重大疾病、家庭困难的贫困人群的报销比例。

3.3 细化医保项目的免费、自费报销比例及品种

如对医保内药品、器械,依据仿制、原研等情况设定高低价格,提高进口药品、器械的自费比例。医院必须配备必要的免费药品、器械,医师在使用自费或含有自付比例的药品、器械时,必须事先明确告知患者自费比例情况,患者有知情选择权。政府部门要加大免费药品、器械的公益宣传力度。尽可能杜绝“过度医疗”现象的发生。

3.4 提高挂号费用,增强医师的社会认同感

依医师的职称及就诊目的,设定5、100、200、300元的挂号费,此部分不报销,不计入免费额度,完全自费。此部分费用用于医院奖励医师及其他相关人员。让患者依据自己的病情适当选择医师。让医师真正依托自己的技能赚取合理的收入并形成口碑效应,此举亦可有效杜绝医师资源的浪费。

3.5 严格的利润管控

依托完善的财务制度,对制药企业、医药流通领域进行严

格的利润控制,用资金回报率来衡量利润水平,如允许普通药的利润范围在10%~20%,而不是通过简单的价格核算表来确定药价。有必要对当前药品的流通体制作一反思:药品从生产到患者使用,中间经过几次中间商,是否有必要存在;在医药市场扩大的同时,是药品价格的畸高,借助现代物流体系,直供直销模式^[14]是否值得重新考虑。同时,对“新特药”加大利润范围,但一定要严格限制“新特药”范围,防止简单的低水平求新。

3.6 药房托管、“医药分开”等无法解决当前的“看病难、看病贵”问题

丁月^[15]指出,药房托管既不能打破医师与医药企业间的药品“回扣”问题,也不能达到“医药分开”的目的,无法打破医师和药品销售之间的利益关系,目前的药房托管是先天不足。同时,药房托管后,药房的药事管理也成为问题,医药企业根本没有能力开展诸如特殊药品管理、临床药学、合理用药评价与咨询等工作。并且,药房不归医院管理,药师就完全脱离了临床,会使刚刚起步的临床药学服务工作遭到毁灭性打击,使百姓合理用药、安全用药的保障被拦腰折断。同时,医院为了保持药房托管前的药品收入,会更加趋利,医师会继续利用处方权进行“寻租”。世界上没有哪个国家的医院没有药房,或者医院药房由商业公司管理^[16]。

3.7 民营医院未能给百姓就医带来切实的实惠

当前,不断有呼声呼吁放开民营资本进入医疗领域,似乎民营医院成了解决当前医患问题的救世良方。成立民营医院的先决条件是民营资本,是一种商业行为,其注重的是营销、经营,最终目的是逐利。纵观目前普遍存在的合作医疗模式,承包医疗模式及各种私人诊所,无不存在“无病小治、小病大治”的现象。民营资本的过分介入,必将拉动公立医院越来越向逐利方向发展。

4 结语

医疗卫生体制改革是一个系统工程,不可能通过一两步改革而达到目标。简单地控制药价,在不改变当前的营销体制下,只能是“按下葫芦起了瓢”,必然会出现其他的以“检查等辅助诊疗手段养医(以辅养医)”的局面。傅鸿鹏^[17]认为,实现药品价格合理的目标并非是纯市场或者纯行政管理中的任何一方可以做到的。笔者认为,我国需要重新全面审视当前的医疗卫生体制,需要适时重新调整医疗政策,在国民经济状况不可能达到完全免费的情况下,让国民在享受免费的基本医疗保障条件下,依据自己的经济条件及病情自主地选择不同价位的医疗服务;国家依据患者医疗费用等级逐步加大报销比例,即医疗保障阶梯化,从而解决目前的“小病大治,大病无保障”及患者过多地流向大医院、高职称医师的现象。当前的医药政策的制订是否存在医药领域的“既得利益集团”代言了政府、淹没了基层民众的声音、忽视了民众的基本诉求呢?有必要通过免费政策的实施,真正做到全民医疗全覆盖,消除

地区差异,消除贫富差异,让医疗事业真正维护老百姓的健康,让社会主义的优越性在医疗事业上得到充分体现,让医疗保障阶梯化适时得到关注。

参考文献

- [1] 中华人民共和国审计署办公厅.全国社会保障资金审计结果[R].2012-08-02.
- [2] 国家卫生和计划生育委员会.2012年我国卫生和计划生育事业发展统计公报[R].2013-06-19.
- [3] 李红梅.医院药费下降检查费上升,收费结构怎样更合理[J].医院领导决策参考,2012(11):22.
- [4] 卫生部统计信息中心.2005年我国卫生和计划生育事业发展统计公报[R].2006-04-25.
- [5] 董倩,王锡铤,于明德,等.媒体曝光一种抗癌药在医院零售利润达2000%[EB/OL].(2010-05-26)[2014-01-10].<http://news.sina.com.cn/c/sd/2010-05-26/235420352599.shtml>.
- [6] 黄兴华.药价虚高背后的秘密[N].海南日报,2010-05-21(B2).
- [7] 汪庆红.药品出厂15.5元医院卖出213元[N].新京报,2010-05-17(A15).
- [8] 国家统计局.中华人民共和国2012年国民经济和社会发展统计公报[R].2013-02-22.
- [9] 许黎珊.小病大治大病久治屡见不鲜,医院“点菜”专点贵的[N/OL].市场报.(2005-11-16)[2014-01-10].<http://society.people.com.cn/GB/41165/3860301.html>.
- [10] 马晓华.药品流通利益链:挂靠、走票的秘密[N/OL].第一财经日报.(2011-12-27)[2014-01-10].<http://www.yicai.com/news/2011/12/1303748.html>.
- [11] 邹东涛,欧阳日辉.中国经济发展和体制改革报告No.1:中国改革开放30年:1978-2008[M].北京:社会科学文献出版社,2008:663-696.
- [12] 中华人民共和国国务院.关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见[R].1989-01-15.
- [13] 国务院发展研究中心课题组.对中国医疗卫生体制改革的评价与建议[EB/OL].(2005-07-29)[2014-01-10].<http://www.china.com.cn/chinese/health/927874.htm>.
- [14] 韩薇,高强.浅谈药品直销的新模式[J].辽宁中医药大学学报,2008,10(2):75.
- [15] 丁月.药房托管回潮[J].中国医院院长,2013(21):36.
- [16] 赵志刚.药房托管:合理用药谁来管[EB/OL].(2014-01-08)[2014-01-10].<http://cjpif.org/home.php?do=blog&id=1498&mod=space&uid=33>.
- [17] 傅鸿鹏.部分OECD国家药品价格管制方法[J].中国医院院长,2013(21):70.

(收稿日期:2013-10-23 修回日期:2014-03-11)

《中国药房》杂志——《中国科学引文数据库》(CSCD)来源期刊,欢迎投稿、订阅